

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

ANNÉE 1898

THÈSE

N°

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

Présentée et soutenue le Mercredi 16 Février 1898, à 1 heure

PAR

Th. COUPU

Né à Massac (Ille-et-Vilaine), le 9 Août 1872

Ex-interne à l'Hôtel-Dieu de Rennes

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE
DE
L'UTERUS GLOBULARIS BIPARTITUS
AU
POINT DE VUE OBSTÉTRICAL

Président : M. PINARD, professeur.

Juges : MM. MARCHAND, professeur.

VARNIER et BROCA, agrégés.

*Le candidat répondra aux questions qui lui seront faites sur
les diverses parties de l'enseignement médical.*

PARIS

IMPRIMERIE DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE

HENRI JOUVE

15, Rue Racine, 15

1898

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

189

ANNÉE 1898

THÈSE

N°

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

Présentée et soutenue le Mercredi 16 Février 1898, à 1 heure

PAR

Th. COUPU

Né à Messac (Ille-et-Vilaine), le 9 Août 1872

Ex-interne à l'Hôtel-Dieu de Rennes

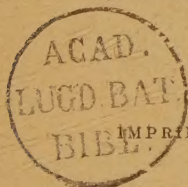
CONTRIBUTION A L'ÉTUDE
DE
L'UTERUS GLOBULARIS BIPARTITUS
AU
POINT DE VUE OBSTÉTRICAL

Président : M. PINARD, professeur.

Juges : MM. MARCHAND, professeur.

VARNIER et BROCA, agrégés.

*Le candidat répondra aux questions qui lui seront faites sur
les diverses parties de l'enseignement médical.*



PARIS

IMPRIMERIE DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE

HENRI JOUVE

15, Rue Racine, 15

1898

FACULTÉ DE MEDECINE DE PARIS

	Doyen	M. BROUARDEL
	Professeurs	MM.
Anatomie		FARABEUF.
Physiologie		CH. RICHET.
Physique médicale		GARIEL.
Chimie organique et chimie minérale		GAUTIER.
Histoire naturelle médicale		BLANCHARD.
Pathologie et thérapeutique générales		BOUCHARD.
Pathologie médicale		HUTINEL.
		DEBOVE.
Pathologie chirurgicale		LANNELONGUE
Anatomie pathologique		CORNIL.
Histologie		Mathias DUVAL
Opérations et appareils		TERRIER.
Matière médicale et Pharmacologie		FOUCHET.
Thérapeutique		LANDOUZY.
Hygiène		PROUST.
Médecine légale		BROUARDEL.
Histoire de la médecine et de la chirurgie		LABOULBÈNE.
Pathologie expérimentale et comparée		CHANTEMESSE
		POTAIN.
Clinique médicale		JACCOUD.
		HAYEM.
		DIEULAFOY
		GRANCHER.
Maladies des enfants		JOFFROY.
Clinique de pathologie mentale et des mala-		FOURNIER.
dies de l'encéphale		RAYMOND.
Clinique des maladies syphilitiques		BERGER.
Clinique des maladies nerveuses		DUPLAY.
Clinique chirurgicale		LE DENTU.
		TILLAUD.
Clinique ophthalmologique		PANAS.
Clinique des maladies des voies urinaires		GUYON
Clinique d'accouchement		N.
		PINARD.

Agrégés en exercice :

MM.	MM.	MM.
ACHARD.	GLEY.	RETTERER.
ALBARRAN.	HARTMANN.	RICARD.
ANDRÉ.	HEIM.	ROGER.
BAR.	LEJARS.	SEBILEAU.
BONNAIRE.	LETULIE.	THIERY.
BROCA.	MARFAN.	THOINOT.
CHARRIN.	MARIE.	TUFFIER.
CHASSEVANT.	MENETRIER.	VARNIER.
DELBET.	NELATON.	WALTHER.
GAUCHER.	NETTER.	WEISS.
GILBERT.	POIRIER, chef des	WIDAL.
GILLES DE LA TOURETTE.	trav. anatomiques.	WURTZ.

SECRÉTAIRE DE LA FACULTÉ : M. CH. PUPIN.

Par délibération, en date du 9 décembre 1798, l'Ecole a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs, et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

PUBLICATIONS DU MÊME AUTEUR

Accouchement dans un cas de grossesse trigemellaire ; trois sièges décomplétés, mode des fesses. (Bulletin de la Société scientifique et Médicale de l'Ouest, 1896).

*En collaboration avec Monsieur le Docteur Patay, chef de
Clinique obstétricale à l'Ecole de Médecine de Rennes :*

Sur un monstre pseudencéphalien (Bulletin de la Société Scientifique et Médicale de l'Ouest, 1897).

A la mémoire de mes Parents

A ma famille

A mes Amis

A mes Maîtres de l'Ecole de Rennes

A Monsieur le Docteur Perret

Professeur de Cliniques obstétricale et gynécologique
à l'Ecole de Rennes.

Chevalier de la Légion d'Honneur.

A MON PRÉSIDENT DE THÈSE

Monsieur le Docteur Pinard

Professeur de Cliniques obstétricale et gynécologique
à la Faculté de Médecine de Paris.

Officier de la Légion d'Honneur.

INTRODUCTION

Durant nos deux années d'internat dans le service d'accouchements et de gynécologie de l'Hôtel-Dieu de Rennes, nous avons eu l'occasion d'observer un cas d'utérus et de vagin complètement cloisonnés, de la variété décrite par Monsieur le professeur Le Fort (1) dans sa thèse d'agrégation sous le nom d'utérus globularis bipartitus. Le diagnostic de cette malformation ne fut fait qu'après l'accouchement.

Nous fîmes remarquer le fait à notre excellent maître Monsieur le professeur Perret qui profita de ce cas pour faire une leçon magistrale sur les malformations génitales chez la femme et leurs rapports avec la grossesse et l'accouchement. L'observation prise par nous aussi complètement que possible nous parut intéressante et nous la publiâmes le 6 mars 1896 dans le Bulletin de la société scientifique et médicale de l'Ouest. Le hasard a voulu que nous rencontrions de nouveau la femme atteinte de cette malformation ; nous l'avons examinée et nous nous som-

(1) Le Fort : Des vices de conformation de l'utérus et du vagin et des moyens d'y remédier. Thèse d'agrégation, Paris 1863.

mes décidé à faire de l'étude de l'utérus globularis bipartitus au point de vue obstétricale le sujet de notre thèse inaugurale.

Loin de nous la prétention de présenter un travail nouveau; notre but, des plus modestes, est de : 1° Etudier l'historique et la pathogénie de ce vice de conformation.

2° Attirer l'attention sur la difficulté du diagnostic tant pendant la grossesse que pendant le travail.

3° Dans un troisième paragraphe, citer quelques observations.

4° Parler du pronostic et du traitement des complications.

5° Tirer quelques conclusions.

Tel est le plan de notre travail, mais avant d'aborder notre sujet, nous manquerions à tous nos devoirs si nous n'adressions à nos maîtres qui nous ont aidé dans nos études médicales et accordé leur bienveillance, l'hommage de notre plus vive reconnaissance.

A l'école de Rennes nous avons eu le plaisir de préparer notre deuxième examen de doctorat sous la sage direction de Messieurs les professeurs Lhuissier et Perrin de la Touche ; nous les remercions de l'attention toute bienveillante qu'ils nous ont toujours témoignée.

A l'hôpital nous avons été successivement l'élève de Messieurs les professeurs : Aubrée, Delacour, Dayot père et Bertheux qui nous ont initié aux difficultés de la clinique ; nous aimons à nous rappeler le temps passé dans leurs service et les bonnes leçons qu'ils nous ont données ;

qu'ils reçoivent l'expression de notre reconnaissance et de notre attachement.

Nous avons eu l'avantage de passer nos deux dernières années de médecine comme interne dans le service d'accouchements et de gynécologie où nous nous sommes trouvé avec Messieurs les Docteurs Templé, Le Moinet et Patay ; ils ont été pour nous des guides bienveillants et éclairés, nous tenons à les en remercier. Monsieur le Docteur Dayot, fils, professeur de clinique chirurgicale, s'est toujours montré bienveillant pour nous et a contribué dans le cas qui nous intéresse à rendre notre observation personnelle aussi complète que possible ; nous l'en remercions vivement.

Monsieur le Professeur Perret s'est acquis toute notre gratitude par le bienveillant intérêt qu'il a bien voulu nous porter ; les quelques lignes que nous lui adressons au début de ce modeste travail sont bien insuffisantes pour lui exprimer l'admiration que nous éprouvons pour son précieux enseignement ; c'est lui, qui, par le charme séduisant de ses cliniques, la sûreté de ses vues, nous a fait aimer l'obstétrique. Il a daigné s'occuper de nous en nous indiquant la marche que nous aurions à suivre dans les quelques observations que nous avons publiées, notamment dans celle de l'utérus et du vagin complètement cloisonnés ; qu'il veuille bien recevoir l'hommage de nos remerciements les plus sincères.

Monsieur le Professeur Pinard nous a fait le plus

grand honneur en daignant accepter la présidence de
notre thèse qu'il nous permette de lui exprimer notre
respectueuse gratitude pour l'honneur qu'il nous
a fait,



Historique et Pathogénie

De tous temps, les vices de conformation des organes ont excité l'intérêt et la curiosité. A une époque où l'imagination pouvait se donner libre cours, chacun à sa façon cherchait à trouver une explication convenable ; on invoqua longtemps les causes surnaturelles, la colère des dieux, l'œuvre du démon, la pratique de la sorcellerie.

Plus tard on attribua ces malformations aux écarts de l'esprit chez la femme enceinte : la frayeur, les désirs inassouvis ; plus tard enfin, on se contenta d'accuser la nature d'imperfection dans cette œuvre de formation.

Les vices de conformation des organes internes, de l'utérus en particulier n'étaient guère signalés qu'après autopsies ; ceux du vagin étaient plus souvent observés ; les chirurgiens et les anatomistes discutaient sur ces malformations sans avoir de notions précises sur le mode de formation de l'appareil génital.

A la fin du XVII^e siècle Dionis(1) publiait l'observation d'une matrice extraordinaire ; il fit faire un grand pas dans l'étude de ces faits et c'est par l'anatomie comparée

(1) Dionis. — La matrice extraordinaire 1693.

qu'on chercha à se rendre compte des faits observés dans l'espèce humaine.

Certaines malformations trouvées à l'autopsie de certaines femmes, dans les organes génitaux, se rencontreraient d'une façon constante chez certains animaux, cette explication paraissait suffisante. Enfin, la tératogénie s'étant instituée en tant que science, on laissa de côté l'anatomie comparée pour s'appuyer l'embryologie.

On crut tout d'abord que la duplicité d'organes généralement simples était due à un excès de développement.

En 1833 Geoffroy Saint-Hilaire (1) écrivait ; « C'est par un arrêt de développement et non par un excès qu'il faut expliquer les malformations utérines où vaginales. »

Serres (2), Geoffroy Saint-Hilaire en France, Mundini (3) en Italie ont les premiers émis l'opinion que les organes médians sont dans l'origine doubles et séparés.

« M. Serres vient de publier (1832) que les organes creux, uniques et placés sur la ligne médiane sont aussi bien que tous les autres organes impairs et médians composés de deux moitiés primitivement distinctes et séparées. »

« L'évolution de ces organes doit présenter trois périodes successives : une première période, caractérisée par leur duplicité et leur isolement complet, une seconde,

(1) Geoffroy Saint Hilaire. — Histoire générale et particulière des anomalies de l'organisation, 1833.

(2) Serres. — Annales des sciences naturelles, t. XXI. — Mémoires de l'Institut, 1832, vol. XI.

(3) Mundini. — Institut de Bologne, 1836, t. II.

par leur rapprochement et leur réunion sur la ligne médiane, une troisième enfin, par leur fusion complète (Geoffroy Saint-Hilaire.) » (1)

Si à l'une ou l'autre de ces périodes, pour une cause qui nous est jusqu'ici inconnue et le restera probablement encore longtemps, survient un arrêt dans cette évolution régulière, nous aurons une anomalie.

Au début, les idées ont été très divergentes sur le mode de formation de l'utérus et du vagin.

Aujourd'hui, après les travaux de J. Müller (2), Valentin (3), Coste (4), Bisschoff (5), Geoffroy St-Hilaire (6), Thiersch (7), Cruveilhier (8), Lilliefeld (9), Leuckart (10),

(1) Geoffroy Saint-Hilaire. — Op. cit. p. 552.

(2) J. Müller. — *Bildungsgeschichte der Genitalien*, 1838. Dusseldorf p. 60, 61.

(3) Valentin. — *Haudebuck der Entwicklungsgeschichte des Menschen*. Berlin, 1835.

(4) Coste. — *Annales françaises et étrangères d'anatomie et de physiologie*.

(5) Bischoff. — *Développement de l'homme et des mammifères* ; traduction française in : *Encyclopédie anatomique*, 1843, p. 374.

(6) Geoffroy Saint-Hilaire. — Op. cit.

(7) Thiersch. — *Bildungsfehler der Harn und Geschlechtsorgane eines Mauriërs*. *Illustrirte med. Zeit.* 1852, I, p. 13.

(8) Cruveilhier. — *Anatomie descriptive*, t. II, p. 777 ed. 1854. — *Anatomie pathologique*, 1854.

(9) Lilliefeld. — *Beitraege zur Morphologie und Entwicklungsgeschichte der Geschlechtsorgane*. Marburg, 1856.

(10) Leuckart. — Article « Zeugung » in *physiologie de Wagner*, 1853.

Fürst (1), Dohrn (2), Langenbacher (3), Kussmaul (4), Pouchet et Tourneux (5), Kœlliker (6), Tourneux et Legay (7), il est définitivement admis que les organes génitaux ont une même origine dans les deux sexes, qu'ils se développent aux dépens des corps de Wolff, des canaux de Müller et des glandes génitales.

Tous ces auteurs se sont occupés du développement des organes génitaux et des malformations qu'ils peuvent présenter, uniquement au point de vue anatomique ; dans ces dernières années, MM. Polaillon (8), Tarnier (9),

(1) L. Fürst. — Ueber die Bildungshemmungen des utero-vaginal canal's. *Monatsschrift f. Geburtsk.* 1867, p. 106.

(2) Dohrn. — Ueber die Muller'schen Gänge und die Entwicklung des Uterus. *Marburg Gesellschaft* 1869, n° 3 et *Monatsschrift f. Geburtsk.* t. XXIV.

() Langenbacher. — Beitræge zur Kenntniss der Wolff'shen und Muller'schen Gänge der Säugern. *Arch. f. mikr. anat* 1871, p. 106.

(4) Kussmaul. — Von dem Mangel der Verkummerung und Verdoppelung der Gebärmutter. *Wurtzbourg*, 1879.

(5) Pouchet et Tourneux. — *Histologie humaine et histogénie.*

(6) Kœlliker. — *Embryologie*. 2^e édition traduction Schneider, 1882.

(7) Tourneux et Legay. — Mémoire sur le développement de l'utérus et du vagin envisagé principalement chez le fœtus humain. *Journal d'anatomie et de physiologie normales et pathologiques*, 1884, p. 330.

(8) Polaillon : *Annales de gynécologie*, 1877.

(9) Tarnier, Burdin : *l'art des accouchements.*

Würtz (1), Courty (2), Farges (3), Sourice (4), Bourrus (5), Picot (6), Gautrelet (7) ont envisagé et étudié les malformations utérines et vaginales sous leur côté clinique, au point de vue obstétrical.

Dans la plupart des ouvrages que nous avons lus on classe l'utérus globularis bipartitus au point de vue obstétrical dans la même catégorie que les utérus bicornes et l'on ne cite à ce sujet que des observations où l'on a constaté des complications soit pendant la grossesse, soit pendant le travail, nous pensons qu'il n'en doit pas être ainsi.

Avant de passer à l'étude de ce vice de conformation, nous allons tâcher de faire comprendre sa genèse en commençant par le développement normal des organes génitaux chez la femme,

Nous avons déjà dit qu'il était admis aujourd'hui que les organes génitaux avaient une même origine dans les

(1) Würtz : Des rapports de certaines malformations utérines avec la grossesse et l'accouchement. Thèse d'agrégation, Paris 1878.

(2) Courty : Traité pratique des maladies de l'utérus, 1881, p. 191.

(3) Farges : Contributions à l'étude de la dystocie dans les cas de malformations utérines. Thèse, Paris, 1881.

(4) Sourice : Etude sur quelques malformations utérines. Thèse de Paris, 1884.

(5) Bourrus : Formes anormales de l'utérus gravide. Thèse, Bordeaux, 1891.

(6) Picot : Malformations de l'utérus et du vagin au point de vue obstétrical. Thèse de Paris, 1891.

(7) Gautrelet : Malformations de l'utérus, accouchement, thèse de Paris, 1896.

deux sexes ; ils se développent aux dépens des corps de Wolff, des canaux de Müller et des glandes génitales. Les corps de Wolff disparaissent chez la femme en ne laissant comme trace de leur existence que l'organe de Rosenmüller ou parovarium.

Les canaux de Müller sont deux cordons, d'abord pleins, séparés en haut par l'épaisseur de la colonne vertébrale et des corps de Wolff ; ces deux canaux se rapprochent en bas, arrivent au contact sur la ligne médiane, se creusent d'une cavité et la cloison formée par l'accolement des deux parois se résorbe totalement ; on a alors l'utérus simple et le vagin simple, type normal chez la femme.

Ces deux organes, comme l'avait formulé Serres, sont donc bien doubles à leur origine et suivent bien dans leur évolution normale les trois périodes indiquées.

Nous remarquons en effet l'isolement complet des deux canaux de Müller ; leur rapprochement sur la ligne médiane et leur accolement et enfin la cloison de séparation se résorbe et apparaît un organe unique, un utérus simple et un vagin simple. S'il survient à l'une ou l'autre de ces périodes un arrêt dans cette évolution formative nous aurons suivant le cas les variétés d'utérus double et vagin double ou simple classées par M. le Professeur Le Fort dans sa thèse d'agrégation : 1° Indépendance totale et écartement des deux moitiés de l'utérus : utérus diductus, duplex, didelphis. 2° Indépendance

partielle des deux corps avec accolement des cols : utérus, bipartitus, bicornis.

3° Cloisonnement à l'intérieur en même temps que l'aspect extérieur est conservé : *uterus bipartitus, globularis, septus*.

On voit donc que cette troisième variété d'utérus double, qui est celle qui nous intéresse est produite par un arrêt de développement survenu à la troisième période ; c'est à-dire qu'il n'y a pas eu résorption de la cloison médiane.

Il y a donc deux utérus ou plutôt deux loges dans un utérus qui a conservé sa forme, ces deux loges sont le plus souvent complètement isolées l'une de l'autre, par une cloison rarement, il y a perforation de cette cloison ; cette variété n'en rentre pas moins dans la classe d'*uterus globularis bipartitus*. Quelquefois la cloison de séparation ne descend pas jusqu'au niveau de l'orifice externe du col, en sorte qu'il n'y a qu'un seul col et deux loges ; avec cette variété le vagin est généralement simple.

De chaque côté se trouvent un ovaire, une trompe, un ligament rond, un ligament large.



Diagnostic

Le diagnostic de cette variété d'utérus double n'est pas toujours facile à établir.

Les différents moyens d'investigation que nous avons à notre disposition, dans certains cas, ne révèlent rien de net et il ne peut être établi d'une façon certaine que pendant le travail ou après l'accouchement qui a nécessité une intervention quelconque, soit application de forceps, soit version par manœuvres internes, soit délivrance artificielle.

Nous emploierons les différents moyens d'investigation que nous employons couramment pour l'examen d'une femme enceinte et nous signalerons au fur et à mesure ce que chacun d'eux peut nous fournir en faveur de cette malformation.

L'interrogation des ascendants ne peut fournir aucun renseignement ; l'hérédité a cependant été signalée au point de vue d'autres malformations. Squarey (1) cite le cas de trois sœurs qui n'avaient jamais eu de règles et dont les trois tantes étaient stériles.

Au point de vue des antécédents personnels, les règles le plus souvent apparaissent vers 14, 15, 16 ans, âges

(C.-E. Squarey. — Obstét. Transact of London, 1873, t. XIV, p. 212.

moyens auxquels elles apparaissent ordinairement. Le plus souvent elles sont régulières, abondantes, douloureuses ; mais ces caractères peuvent très bien exister sans que pour cela on puisse supposer une malformation.

Les règles pourraient cependant quelquefois être un précieux indice ; nous supposons une jeune fille avec cloisonnement complet de l'utérus et du vagin ; si, arrivée à la période de la puberté, un des cols est atrésié ou si l'hymen ne présente aucun orifice pouvant donner issue au sang des règles, ce sang, suivant le cas, se collectera soit dans le vagin en produisant une hémato-colpos latéral, soit dans l'utérus en produisant une hématométrie ; dans tous ces cas, la malade éprouvera des douleurs s'irradiant à tout le bas ventre et sera obligée de consulter un médecin qui interviendra chirurgicalement et pourra alors poser un diagnostic. La femme aura été mise au courant de sa situation et pourra donner quelques renseignements qui mettront sur la bonne voie.

Les règles, avons nous dit sont, souvent régulières, quelquefois cependant ce caractère peut manquer, la femme a pu voir deux fois dans le même mois ; ce phénomène est constant depuis la puberté ; ou bien ses règles durent en moyenne 5 jours, elles durent d'abord pendant deux jours par exemple, puis un jour d'intervalle et enfin elles recommencent pendant 3 jours, ce phénomène se produit tous les mois ; et il est explicable ; dans le 1^{er} cas, les règles sont régulières et proviennent d'un seul utérus ou des deux qui sont congestionnés en même temps : dans

les autres variétés il y a une ponte de chaque ovaire et congestion alternante et consécutive des deux utérus. Ce signe peut donc avoir une certaine valeur.

D'après Kussmaul, lorsqu'on trouve chez une femme enceinte deux vagins, deux cols et une forte inclinaison latérale de l'utérus gravide, on a de très fortes présomptions en faveur d'un utérus double ; mais cette disposition, ce cloisonnement vaginal n'existe pas dans tous les cas ; quand elle existe, elle est souvent méconnue ou n'est constatée que par l'effet du hasard ; citons à ce sujet nos examens répétés et les examens de la maîtresse sage-femme ; et encore, elle ne permet que d'affirmer la présence d'un vagin double et de supposer une malformation de l'utérus.

On a signalé aussi la présence d'un œdème des membres inférieurs sans albumine dans les urines.

Le palper dans certains cas ne donne aucun renseignement que l'on puisse utiliser (obs. I) cependant dans quelques cas, (obs. IV, V, VI), il a permis de porter un diagnostic d'utérus globularis confirmé après l'accouchement. On peut quelquefois sentir une tumeur accolée à l'utérus comme il en a été signalé dans l'observation IV ; il est possible que si dans notre cas le dos du fœtus se fût trouvé tourné en avant et à gauche au lieu d'être tourné en avant et à droite, nous eussions eu la sensation d'une tumeur faisant corps avec l'utérus interposée entre notre main et le dos du fœtus en bas, alors qu'au niveau ou un peu au-dessus de l'ombilic la perception du plan résistant régulier eût été plus nette ; mais il est probable que dans

notre cas, nous eussions pensé, vu la fréquence de l'un et la rareté de l'autre, plutôt à un fibrome interstitiel qu'à un utérus globularis bipartitus.

Les présentations vicieuses ont été signalées, nous ne croyons pas que ce soit la règle, les observations que nous avons rapportées ne relatent qu'une présentation du siège décomplété, mode des fesses et une présentation du sommet avec procubitus d'une main.

La partie fœtale qui se présente au détroit supérieur peut quelquefois rester longtemps au-dessus du détroit supérieur sans s'engager, ce signe peut avoir une certaine valeur.

Le toucher peut, suivant les cas, mettre sur la voie du diagnostic ; considérons le cas où en même temps que la cloison utérine existe une cloison vaginale ; si cette cloison vaginale passe inaperçue et si on a la chance de tomber sur le col de l'utérus gravide, on ne peut guère soupçonner la malformation ; un des culs-de-sac cependant est souvent moins développé que l'autre et attire l'attention ; à travers ce cul-de-sac, on peut comprimer une tumeur qui détermine chez la patiente le besoin d'aller à la selle, mais cela ne suffit pas et se remarque dans bien d'autres circonstances.

Si la cloison vaginale est reconnue et si l'on arrive sur deux cols, ce signe joint au signe que l'on a pu retrouver par le palper, à savoir, la tumeur faisant corps avec le globe utérin, on pourra à coup sûr porter le diagnostic.

Mais si comme dans les observations 7 et 8 l'utérus est unicolis et si la cloison ne descend pas jusqu'à l'orifice externe du col, le diagnostic restera en suspens et ce n'est qu'au moment de l'accouchement qu'il pourra être fait.

Le toucher rectal ne fournit aucun renseignement.

L'hystérométrie permettrait, combinée au palper, de l'établir, mais pendant la grossesse, elle est complètement contre-indiquée ; après l'accouchement on peut la pratiquer et constater ce que nous avons pu constater.

Pendant le travail, les signes que nous avons indiqués ont toujours leur valeur, mais il peut venir s'en joindre d'autres.

Quand les douleurs commencent, la forme du ventre n'est pas la même que lorsque l'utérus est normal ; dans notre cas en effet l'utérus a la forme d'un fuseau.

Le travail au lieu de marcher régulièrement se prolonge souvent et nécessite une intervention ; en pratiquant alors le toucher manuel, soit pour appliquer le forceps, soit pour faire une version par manœuvres internes, soit pour faire la délivrance artificielle on arrive à sentir une cloison séparant en deux loges la cavité de l'utérus dont la forme normale est conservée quant à l'aspect extérieur.



OBSERVATIONS

Observation 1

(Personnelle)

Prise à la Maternité de Rennes, dans le service de M. le professeur Perret.

Le 7 décembre 1895, entre à la Maternité de Rennes, la nommée Marie M..., domestique, âgée de 21 ans, née à C..., enceinte pour la première fois.

Son père et sa mère sont vivants et bien portants; elle a eu quatorze frères et sœurs dont deux jumeaux actuellement vivants; un frère et une sœur sont morts en bas âge.

Elle a commencé à marcher seulement à l'âge de deux ans et demi et toujours bien depuis cette époque.

Comme antécédents pathologiques, elle nous apprend qu'elle a eu la rougeole à l'âge de 13 ans et la fièvre typhoïde à l'âge de 16 ans.

Les premières menstrues ont apparu à 15 ans et ont continué régulièrement; elles sont abondantes, d'une durée moyenne de huit jours: elles sont parfois tellement douloureuses que la femme

est obligée de garder le repos au lit ; ces douleurs consistent en une sensation de tiraillement en tous sens et de pesanteur à l'hypogastre qui rendent la station verticale presque impossible.

Les dernières règles datent du 22 au 29 avril 1895, cette femme dit s'être exposée à devenir enceinte dans les deux ou trois jours qui ont immédiatement suivi : elle a eu plusieurs rapports avec le même individu. Jusqu'à cette époque, suivant son expression, elle était « restée sage ». Ces premiers rapports, nous affirme-t-elle, n'ont pas été douloureux.

Les premiers troubles digestifs ont commencé à se manifester vers le milieu de juin : l'appétit était conservé, mais les digestions étaient devenues pénibles ; immédiatement après les repas, elle était prise de violents maux de tête qui ne cessaient que deux à trois heures plus tard ; elle n'a pas eu de pyalisme ; elle n'a jamais eu de vomissements si ce n'est au commencement du mois de janvier 1896, ces vomissements ont du reste été peu fréquents et ont cessé sans médication spéciale.

Les premiers mouvements actifs ont été perçus du 15 au 20 août 1895.

Nous constatons l'existence d'un masque très foncé, les seins sont volumineux et bien conformés, les deux aréoles sont fortement teintées et très larges ; le colostrum coule facilement ; le ventre est augmenté de volume et beaucoup plus développé du côté droit que du côté gauche, il est manifestement plus déjeté à droite qu'il ne l'est normalement ; il existe une ligne brune très foncée, partant du pubis, contournant l'ombilic en passant du côté gauche et venant mourir au voisinage de l'appendice xyphoïde ; il n'y a ni varices ni œdème de la paroi abdominale ; les organes génitaux externes ont une teinte bleue violacée très marquée ; les membres inférieurs sont droits, sans œdèmes ni varices ; exté-

rieurement le bassin paraît remplir les conditions normales ; rien de particulier à signaler du côté des membres supérieurs, du rachis, du sternum ; les dents sont en bon état ; en un mot, aucun signe de rachitisme. La petite taille de cette femme et l'âge auquel elle a marché auraient permis de soupçonner quelque chose de ce côté, mais malgré un examen minutieux, rien n'a pu être relevé.

Le cœur et les poumons sont normaux ; dans les urines, on ne constate ni la présence du sucre, ni la présence de l'albumine. En un mot état général satisfaisant.

Au palper, nous trouvons une paroi abdominale mince et souple, ne renfermant aucune tumeur dans son épaisseur.

Sous cette paroi se trouve une tumeur que nous reconnaissons pour l'utérus ; il est dirigé de bas en haut et de gauche à droite, son grand axe est vertical, sa grosse extrémité en haut, sa petite en bas ; il remonte jusque sous les fausses côtes droites, il est mobile, nous le ramenons facilement sur la ligne-médiane où il arrive à deux travers de doigt au-dessous de l'appendice xyphoïde ; sa hauteur prise de la symphyse pubienne jusqu'à son fond atteint 33 centimètres ; il est lisse, régulier, ne présente aucune tumeur appréciable dans son épaisseur ; il se laisse facilement déprimer, change de forme et de consistance à tous moments, on sent de chaque côté un ligament rond.

Les mains placées de chaque côté de l'utérus et dirigées vers l'aire du détroit supérieur sont arrêtées par une tumeur dure, régulière, mobile, située au centre de ce détroit ; cette tumeur présente une grosse extrémité tournée vers la gauche et une petite tournée à droite. Cette tumeur est évidemment la tête fœtale. Nous passons sans interruption de cette tumeur du côté droit sur un plan régulier résistant tourné en avant et un peu à droite, à l'extrémité supérieure duquel nous trouvons une surface molle,

irrégulière séparée en deux par un sillon : cette partie ne ballotte pas.

Le maximum des bruits du cœur fœtal s'entend sur la ligne médiane, un peu à gauche, à trois travers de doigt au-dessous de l'ombilic.

La percussion nous révèle une zone mate à droite tandis qu'à gauche il y a persistance du son clair. Ces deux zones sont séparées par une ligne à peu près droite, partant de l'appendice xyphoïde et atteignant l'éminence ilio-pectinée gauche.

Après avoir pris les précautions antiseptiques nécessaires, nous pratiquons le toucher en ayant soin d'écarter les grandes lèvres, de la main gauche ; notre doigt pénètre sans difficulté dans le vagin où nous constatons la présence de nombreuses granulations ; en allant de gauche à droite, nous atteignons un col long, mou, percé d'un petit orifice à peu près circulaire, où le bout de l'index ne peut pénétrer ; dans le cul-de-sac antérieur, à travers le segment inférieur très mince, le doigt atteint la partie fœtale qui se présente ; cette partie fœtale est mobile et fuit sous le doigt en donnant la double sensation du ballottement céphalique vaginal ; si avec la main gauche placée au-dessus du pubis nous immobilisons cette partie fœtale, nous parvenons à sentir la crépitation parcheminée, caractéristique de la présentation du sommet, au toucher, tous les autres signes sauf le ballottement céphalique vaginal faisant défaut ; le cul-de-sac droit ne présente rien de particulier ; le cul-de-sac gauche nous paraît moins profond que le droit et si en nous dirigeant vers le cul-de-sac postérieur nous déprimons le cul-de-sac gauche nous sentons une tumeur molle, qui, lorsqu'on la comprime, fait naître chez cette femme le besoin d'aller à la selle ; nous ne nous attachons pas à ce signe, le fait étant fréquent quand on pratique le toucher chez la femme aussi bien pendant la grossesse qu'en dehors de la grossesse.

Nous n'atteignons pas l'angle sacro-vertébral et le bassin nous paraît normalement conformé.

Notre examen terminé, nous portons le diagnostic de : femme enceinte, arrivée au commencement du huitième mois de sa grossesse, bien conformée, sans sucre ni albumine ; état général satisfaisant ; grossesse unique, enfant vivant se présentant par le sommet en OIDA ; pronostic favorable, pour la mère et pour l'enfant.

Cette femme est maintenue à la Maternité et est examinée à plusieurs reprises par les élèves et personne ne remarque quoi que ce soit de particulier si ce n'est la direction à droite de l'utérus plus prononcée que d'ordinaire.

Le 22 janvier 1896, à la contre-visite du soir, la malade se plaint d'avoir des douleurs ; depuis le matin à 5 h. 1/2 elle souffre de maux de reins, mais elle n'a pas voulu prévenir de peur de passer sa journée dans la salle d'accouchements ; nous l'y faisons monter immédiatement et l'examinons.

La présentation est toujours bien une présentation du sommet en OIDA : l'enfant est toujours vivant.

Pratiquant le toucher, nous tombons sur un col mou, effacé, dilaté à plus de 5 francs, dilatable ; la poche des eaux est plate et bombe légèrement à chaque contraction ; la partie fœtale qui se présente est bien le sommet ; nous atteignons la fontanelle bregmatique à gauche et en arrière ; la tête est engagée et fixée.

En retirant notre doigt, nous constatons la présence de glaires légèrement sanguinolentes : les contractions surviennent de 10 en 10 minutes, elles sont de plus en plus fortes, de plus en plus douloureuses.

A 5 h. 20 nous lui faisons donner un lavement avec 100 grammes de glycérine et 100 grammes d'eau bouillie : ainsi qu'une

irrigation vaginale tiède avec une solution de bichlorure de mercure à 1/4000.

Vers 6 h. 1/2 Mademoiselle Elléouët, maîtresse sage-femme pratique le toucher ; elle trouve un col mou, long, non dilaté, avec un orificè ne permettant pas l'introduction de l'index ; en retirant le doigt, elle constate qu'il n'y a pas de glaire, cependant la femme marque, la compresse d'ouate stérilisée mise à la vulve est souillée de glaires sanguinolentes, les contractions sont de plus en plus énergiques, de plus en plus douloureuses, la femme éprouve le besoin de pousser.

Ne pouvant s'expliquer le fait, la sage-femme pratique quelques instants plus tard un second toucher ; elle ne trouve plus de col, la dilatation est complète, la poche des eaux est longue et vient au moment des contractions bomber à un ou deux centimètres de la vulve ; elle nous fait prévenir et pratique la rupture artificielle des membranes à 7 h. 5, la tête descend rapidement et à 7 h. 25 l'expulsion du fœtus est terminée.

L'enfant est une fille qui crie en naissant, bien conformée, longue de 0^m49 centimètres, pesant 2150 grammes.

Les diamètres de la tête sont :

O M = 13,5

O F = 12

S O B = 9,5

S O F = 11,5

Bip. = 9,5

Bit. = 7,7

S M B = 9,5

Les circonférences sont :

S O F = 33

S O B = 31

L'expulsion spontanée de l'arrière-faix a lieu à 7 h. 40' ; il pèse 450 grammes ; le placenta est de forme circulaire ; le cordon est long de 0,52 centimètres ; quelques petits caillots sont expulsés en même temps, néanmoins, la femme ne perd pas. Les membranes sont complètes et mesurent 22 et 12.

L'utérus est dur, légèrement déjeté dans la fosse iliaque droite, ramené facilement sur la ligne médiane, sa hauteur atteint 0,18 centimètres.

Nous faisons une irrigation vaginale avec une solution de sublimé à 1/4000 ; le liquide sort absolument pur, non teinté en rouge comme d'ordinaire ; nous retirons la canule et l'introduisons de nouveau ; cette fois, le liquide coule mélangé à du sang, quelques petits caillots sortent en même temps.

Nos propres constatations et les constatations successives et si différentes de la maîtresse sage-femme, jointes aux phénomènes si différents présentés par deux irrigations sortant l'une incolore, l'autre fortement teintée en rouge nous portent à examiner de plus près l'orifice vulvaire qui au moment de nos examens et de nos touchers ne nous avait paru présenter rien d'anormal ; écartant alors de la main gauche les grandes et les petites lèvres, nous apercevons une cloison verticale (la femme étant dans le décubitus dorsal) séparant en deux parties l'orifice vaginal.

Pour ne pas fatiguer plus longtemps la patiente, nous faisons le pansement à l'aide d'un bandage en T placé sur une couche d'ouate ordinaire pour maintenir l'abdomen légèrement serré, la branche verticale du T passant entre les cuisses et appliquant une compresse d'ouate hydrophile stérilisée contre la vulve. Le pansement terminé, nous faisons transporter la malade au lit n° 2 de la salle des accouchées.

Le lendemain matin nous faisons part à notre chef de service, Monsieur le Professeur Perret, de ce que nous avons constaté, Mademoiselle Elléouët et nous.

En écartant les grandes et les petites lèvres, Monsieur le Professeur Perret voit en effet la cloison dont nous lui avons parlé ; il nous fait même remarquer que les lochies ne s'écoulent que par l'orifice droit ; ce qui lui fait supposer que le vagin est complètement cloisonné sur toute sa longueur ; il profite de cette occasion pour nous faire une clinique magistrale sur les anomalies des organes génitaux chez la femme, en particulier sur le cloisonnement longitudinal partiel ou total du vagin, lequel le plus souvent est accompagné d'une anomalie analogue de l'utérus.

L'examen plus complet est remis à une date ultérieure.

Les suites de couches sont normales, les lochies ont complètement disparu au 8^e jour ; la cloison persiste toujours ; la femme allaite son enfant.

Le 1^{er} février, à notre contre-visite, nous examinons cette femme.

Les grandes et les petites lèvres présentent leur disposition habituelle ; le clitoris et l'orifice urétral occupent leur situation normale.

Du tubercule antérieur du vagin part une cloison qui vient se perdre au niveau de la fosse naviculaire séparant ainsi en deux parties l'orifice vaginal ; les débris de l'hymen persistent au pourtour de chaque orifice ; du côté droit, ils sont réduits à de petits lambeaux largement séparés les uns des autres ; du côté gauche, on trouve deux grandes franges profondément séparées à la partie postérieure, l'une d'elle remonte sur une hauteur de un centimètre et demi le long de la cloison.

Cette disposition des caroncules hyménales implique des déchirures multiples au moment des premiers rapprochements

sexuels et l'absence de douleur affirmée par cette femme reste inexplicable si toutefois elle est réelle. Le coït s'était effectué des deux côtés puisque le double hymen était déchiré.

Introduisant l'index droit dans l'orifice droit, nous parcourons un canal long d'environ 9 centimètres aussi développé qu'un vagin normal, nous permettant d'arriver sur un col mou, faisant à peine saillie dans le vagin, entr'ouvert, la pulpe du doigt pénètre dans l'orifice externe mais ne peut franchir l'orifice interne ; ce col présente en outre une déchirure au voisinage de la commissure droite, c'est évidemment le col de l'utérus où l'œuf s'est développé et c'est par ce col qu'il a été expulsé ; retirant l'index, et, de la main gauche, déprimant vers la droite la cloison de séparation, nous introduisons notre index dans l'orifice gauche situé environ 1/2 centimètre en arrière du droit ; nous arrivons après avoir exploré un canal moins large que le précédent, mais qui néanmoins aurait permis l'introduction d'un speculum ordinaire, sur un col mou, long d'environ 1 centimètre, conique, percé d'un orifice où la pulpe de l'index ne peut pénétrer. Le cul-de-sac droit est moins développé que le gauche.

Pratiquant alors le toucher bidigital avec l'index et le médius droits, la cloison placée dans l'espace interdigital, chacun des doigts tombe sur un des cols que nous venons de décrire ; en retirant les doigts, nous explorons la cloison et nous constatons qu'à aucun moment elle ne permet la communication entre les deux canaux ; cette cloison est souple, charnue, mince à la partie moyenne, plus épaisse à la partie antérieure où elle atteint 3 à 4 millimètres. Cette cloison au moment de l'expulsion s'est comportée comme la vraie paroi latérale gauche du vagin ou plutôt elle est allée s'accoler à cette paroi.

Quant à l'utérus, nous n'avons constaté que la présence de 2

cois ; nous atteignons, par le palper combiné au toucher, son fond un peu en arrière de la symphyse pubienne, mais nous ne constatons rien de particulier, sa forme est conservée, il est gros.

Le lendemain, M. Perret examine la femme et confirme ce



que nous lui avons signalé ; il pense en outre qu'il existe un utérus cloisonné dans toute son étendue ou simplement un utérus cloisonné sur une certaine longueur ; il trouve l'hystérométrie indispensable pour en acquérir la certitude et comme il juge que cette petite opération ne présente aucun danger dans l'état actuel de la femme il en confie le soin à M. le Docteur Dayot fils.

Coupu

En introduisant un hystérômètre dans l'utérus du côté droit, on constate que cet utérus a une dimension verticale de 0,12 cent. ; laissant l'instrument en place, on en introduit un autre du côté gauche, celui-ci ne pénètre qu'à 0.8 centimètres ; ces deux hystérômètres ont une direction parallèle et si on met la main gauche au-dessus des pubis, et imprimant quelques mouvements aux deux instruments, la main sent le déplacement des deux instruments à la fois.

Si on cherche à faire ces deux instruments se rencontrer sur la ligne médiane, on constate qu'à aucun moment on ne peut y parvenir, ils sont toujours séparés l'un de l'autre par une cloison beaucoup plus épaisse que la cloison vaginale.

Après toutes ces constatations, le diagnostic porté est celui d'utérus globularis bipartitus, avec grossesse, s'étant développé du côté droit ; le côté gauche a participé à l'hypertrophie du côté droit.



Observation 2

(Inédite)

Prise à la Maternité de Rennes, service de M. le Professeur Perret.
— Due à la complaisance de notre ami M. G. Maincent, interne à la Maternité.

Il s'agit de cette femme qui fait le sujet de notre observation

1. Elle rentre de nouveau à la Maternité le 7 novembre 1897 à une heure du matin.

« Marie M..., a allaité son premier enfant, qui est toujours vivant jusqu'à sa sortie de la Maternité (5 Février 1896) mais se trouvant dans la nécessité de travailler pour gagner sa vie, elle a été obligée de cesser l'allaitement et d'abandonner son enfant. Son retour de couches est apparu dans le courant de Février 1896, elle ne peut en préciser la date. A partir de cette époque, les règles se sont manifestées, aussi régulières, aussi abondantes, aussi douloureuses qu'avant sa première grossesse, jusqu'au mois de Février 1897. Les dernières règles datent du 22 au 26 Février ; elle dit s'être exposée à devenir enceinte immédiatement après ; elle n'a pas eu de vomissements mais seulement des envies de vin pendant deux mois, envies qui ont débuté dans les premiers jours d'avril ; à cette époque elle accuse aussi avoir ressenti de violentes névralgies dentaires ; la miction est devenue très fréquente dans les deux derniers mois. Les mouvements actifs ont été perçus au voisinage du 14 juillet.

Le 7 novembre à 1 heure du matin, cette femme est amenée à la Maternité ; des contractions douloureuses ont commencé à se

manifester vers minuit, au début elles n'étaient pas intenses et revenaient toutes les 10 minutes. Elle crut d'abord que ces douleurs allaient cesser, mais voyant qu'elles continuaient, devenaient de plus en plus intenses, de plus en plus fréquentes, elle prit le parti de se rendre à la Maternité, accompagnée d'une camarade.

Après avoir marché pendant environ 500 mètres, les contractions étant devenues plus fréquentes, plus douloureuses, la malade ne pouvait plus continuer son chemin, force lui fut de s'asseoir sur le bord du trottoir.

Pendant ce temps la personne qui l'accompagnait alla chercher du secours, on chargea la malade sur une petite voiture à bras ; c'est ainsi qu'elle arriva à l'Hôtel-Dieu.

La rupture de la poche des eaux eut lieu pendant le transport, le fœtus fut expulsé presque aussitôt après, en sorte que lorsqu'elle arriva à l'hôpital elle était accouchée ; le cordon n'était pas lié.

On transporta aussitôt sur un brancard et la mère et l'enfant ; notre premier soin fut de faire cette ligature, l'enfant était vivant et criait.

La délivrance s'accomplit spontanément, il n'y eut pas d'hémorrhagie ; elle eut lieu environ 20 minutes après l'expulsion de l'enfant, immédiatement après la ligature du cordon.

Nous demandons à la mère comment l'enfant était venu, elle nous répond : par la tête.

L'enfant est un garçon du poids de 2560 grammes, long de 47 centimètres.

Les diamètres de la tête sont :

$$OM = 13$$

$$OF = 12,4$$

SOB = 9,2

SOF = 10,3

Bip. = 9,2

Bit. = 8.6

SMB = 10,3

Les circonférences sont :

SOB = 31

SOF = 34

L'arrière-faix pèse 470 grammes, le placenta est de forme circulaire, les membranes sont intactes et mesurent 22 et 10 ; le cordon long de 54 centimètres parcourt environ quatre centimètres dans l'épaisseur des membranes et est un bel exemple d'insertion vélamenteuse.

Après la délivrance nous mettons la main sur le fond de l'utérus, nous le trouvons entièrement déjeté dans la fosse iliaque gauche, on le ramène facilement sur la ligne médiane où il atteint une hauteur de 0,18 centimètres, il est dur et nous paraît gros ; nous n'avons pas mesuré ses dimensions transversales.

Sur ces entrefaites, la maîtresse sage-femme rentre dans la salle de travail et reconnaît la malade. Nous donnons une irrigation vaginale, le liquide sort absolument incolore, nous regardons et nous nous apercevons que la canule est introduite du côté droit ; nous la retirons et l'introduisons du côté gauche, cette fois le liquide s'écoule fortement teinté en rouge.

Nous constatons au toucher deux cols : un à droite, mou, faisant saillie dans le vagin d'environ 1 centimètre avec une déchirure au voisinage de la commissure droite ; celui de gauche est mou, entr'ouvert, le doigt pénètre sans difficulté dans la cavité utérine.

Le pansement terminé, la malade est transportée dans la salle des accouchées.

Les suites de couches n'ont rien présenté de particulier si ce n'est l'écoulement des lochies uniquement par le canal gauche, ce qui indique bien que la cloison utérine et la cloison vaginale sont bien restées intactes, même après ce second accouchement ; la température axillaire n'a jamais dépassé $37^{\circ}6$; l'enfant a été allaité par sa mère qui est restée infirmière à l'Hôtel-Dieu, trente-deux jours après sa naissance, son poids atteignait 3110 grammes.

Nous avons pu examiner cette femme dans les derniers jours de décembre 1897, par conséquent, sept semaines après son accouchement.

Au voisinage de la fourchette, ni à droite ni à gauche nous ne constatons de déchirure ; le palper ne nous fournit aucun renseignement ; avec le toucher bidigital, on reconnaît les deux cols, l'un à droite avec une déchirure à droite, l'autre à gauche avec une déchirure à gauche, l'utérus est gros, mobile, le fond est en arrière de la symphyse, il est globuleux, ne présente aucun sillon qui permette de supposer une malformation.

Observation 3

Hémorrhagie pulmonaire chez une femme arrivée au terme de la grossesse. — Mort. — Opération césarienne. — Uterus globularis bipartitus (1).

Le 29 octobre 1875, à 5 heures du soir, on apportait à la Maternité la nommée Fra., Marie, âgée de 24 ans, célibataire, domestique. Cette femme était habituellement bien portante ; en 1839 ou 1870 elle avait séjourné à l'Hôtel-Dieu pendant quelques semaines, elle avait eu, paraît-il, un œdème généralisé ? Elle était brune, grande, forte et grasse ; elle était de plus enceinte et arrivée au terme, elle attendait de jour en jour sa délivrance. Depuis quelque temps, elle toussait un peu, lorsque le 29, à 4 heures du soir, elle se mit tout à coup à cracher le sang en grande abondance ; un médecin appelé en toute hâte lui fit administrer une potion, l'hémoptysie parut s'arrêter et on la fit transporter à la Maternité.

On avait à peine le temps de la mettre au lit et d'obtenir d'elle les renseignements qui précèdent que de nouveaux crachements de sang survinrent, l'hémoptysie fut si abondante et si foudroyante que rien ne put l'arrêter, et qu'à 7 heures du soir, la femme était mourante. En notre absence, on courut chercher notre excellent collègue, M. Golay, interne à la Maternité de l'hôpital Cochin et lorsqu'il arriva, la malade avait succombé

(1) P. Budin, interne à la Maternité, in : Progrès médical, 1876, p. 169.

depuis 10 minutes. Comme peu de temps auparavant on avait constaté les battements du cœur du fœtus, en bas, en avant et à gauche, il pratiqua l'opération césarienne. Cette opération fut simple et rapidement faite. M. Golay parvint à extraire un enfant du sexe masculin qui était placé comme le sont le plus souvent les fœtus en présentation du sommet en O I G A. Cet enfant était en état de mort apparente. Une aide sage-femme l'examina, n'entendit pas les battements du cœur, crut l'enfant mort et l'abandonna sur un lit ; dix minutes plus tard, l'autre aide l'ausculta, et à son grand étonnement constata l'existence des battements cardiaques très faibles ou mieux d'un frémissement cardiaque. Elle se mit alors à pratiquer l'insufflation avec une grande persistance, les battements du cœur devinrent de plus en plus forts, et enfin, au bout de 3/4 d'heure, l'enfant fit une inspiration ; après 1 h. 1/2 il était complètement ranimé.

Il parut pendant quelques instants aller assez bien mais bientôt il fut pris de mouvements convulsifs, de trismus, et le lendemain 30 octobre à 6 heures du matin, il succombait.

Les diamètres de la tête étaient :

O M = 12,4

O F = 11,8

S O B = 10

Bip. = 10

Bit. = 8,7

Bim. = 7,8

O minimum = 12,9

Grande circonférence = 57,6

Petite circonférence = 33,5

Cet enfant mesurait 51 centimètres de longueur ; il pesait

2970 grammes ; le point d'ossification de l'extrémité inférieure du fémur était très apparent, il était donc à terme.

A l'autopsie de la mère, on trouva, au sommet des deux poumons quelques granulations tuberculeuses ; au sommet du poumon gauche existent deux petites cavernes ; dans l'une d'elles du sang est épanché et on peut le suivre dans la bronchiole, la bronche, la trachée.

Le cœur était sain, volumineux, le ventricule gauche surtout était hypertrophié. Rien du côté du foie, de l'estomac, des intestins, du pancréas, des reins.

L'utérus semblait avoir été sectionné sur la ligne médiane ; l'incision qui avait été faite passait juste au niveau du bord du placenta qui s'insérait sur la partie latérale droite de l'organe. Ce placenta était de forme circulaire. Il pesait 379 grammes ; l'insertion du cordon était centrale.

En examinant de plus près l'utérus, on vit que, si cet organe paraissait normal, en réalité il ne l'était pas ; il était double avec cloisonnement complet, et devait être, si on admettait la classification de Le Fort (1) désignée sous le nom de : *Uterus globularis bipartitus*.

Ce double organe dans son ensemble formait une masse pesant 757 grammes et mesurant 20 centimètres sur 18 de largeur. L'utérus gravide était l'utérus droit, il mesurait à lui seul 11 centimètres sur 20. Son col dont les deux orifices interne et externe étaient fermés avait une longueur de 5 centimètres, sa cavité était oblitérée par un bouchon gélatineux blanc rosé ; l'orifice externe était circulaire et appartenait nettement à un col de primipare.

Le second utérus, le gauche, était séparé du premier à la surface par un très léger sillon ; au niveau du pourtour de l'organe total, il existait à peine une dépression marquant sa séparation. Il

(1) Le Fort. — Op. cit.

n'était pas accolé au précédent, mais formait en réalité un tout avec lui. Il mesurait 18 centimètres sur 7. Son col avait la forme d'un col de nullipare ; son extrémité inférieure n'était pas sur le même plan que celle du col droit.

Elle descendait un peu moins bas. La cavité du col mesurait 4 centimètres de longueur et était remplie par un bouchon gélatineux analogue à celui qui existait dans le col droit.

La surface interne de cet utérus gauche non gravide avait un aspect spécial ; elle présentait des masses lobulées d'un gris rosé formant, en certains points, de véritables polypes ; masses dues à l'hypertrophie considérable de la muqueuse ; à la coupe, cette muqueuse offrait par places 7 et 8 millimètres de hauteur ; cette muqueuse était surtout épaisse au niveau du fond de l'organe ; il était facile avec le dos d'un scalpel de la séparer du tissu utérin.

A l'examen histologique fait par Monsieur de Sinéty, on constata une hypertrophie considérable des glandes, et vers la partie de la muqueuse la plus superficielle, la plus interne par conséquent, l'existence de grosses cellules qu'on trouve habituellement dans la caduque.

De chaque côté de l'organe total, il y avait un ligament rond, une trompe, un ovaire ; c'est sur l'ovaire droit qu'existait le corps jaune. Nous avons noté la présence de deux cols, chacun de ces cols s'ouvrait dans un vagin distinct ; les deux vagins étaient situés sur le même plan, l'un à droite, l'autre à gauche, et séparés par une cloison assez épaisse, la vulve était unique. Les deux orifices vaginaux semblaient également perméables.

Observation 4 (1)

Résumée

Primipare arrivée au 8^e mois de sa grossesse. Le globe utérin est fortement incliné à droite ; sur le côté gauche, faisant corps avec lui, on trouve une tumeur ovoïde, à grand diamètre vertical, dont l'extrémité supérieure remonte à l'ombilic et l'extrémité inférieure descend jusqu'à la marge de l'excavation pelvienne ; l'épaisseur de cette tumeur est à sa partie moyenne de 4 centimètres, elle est de consistance ferme. Le diagnostic reste en suspens. La femme accouche près du terme ; l'enfant se présente par le sommet et vu la lenteur et l'irrégularité du travail on l'extraît par une application de forceps. La main introduite aussitôt après dans les parties génitales constate la présence d'une cloison épaisse, descendant jusqu'à l'orifice interne, séparant ainsi l'utérus en deux loges, une à droite, l'autre à gauche.

Observation 5 (2)

Résumée

Quelques mois plus tard, cette dame devient de nouveau enceinte, cette fois du côté gauche ; on constate alors du côté droit

(1) Tarnier et Budin. Traité de l'art des accouchements, T. II.

(2) Tarnier et Budin. op. cit.

une tumeur analogue à celle que nous avons constatée du côté gauche à l'accouchement antérieur. Le deuxième accouchement a lieu à 8 mois ; l'enfant est vivant et se présente par le siège décomplété, mode des fesses, on fait l'extraction manuelle et on a un enfant vivant.

Observation 6 (1) Résumée

En 1884, entrain à la Maternité une multipare arrivée à la fin de sa grossesse, les accouchements antérieurs s'étaient accomplis spontanément, sans complications ; le diagnostic d'utérus globularis bipartitus fut fait sans le toucher : nous constatâmes en effet une tumeur accolée au globe utérin, faisant corps avec lui ; au toucher, on constata la présence de deux vagins et de deux cols, et une cloison médiane dans l'utérus ; l'enfant était vivant et se présentait par le sommet ; l'accouchement se fit spontanément avec déchirure complète des deux cloisons ; la femme guérit. Le diagnostic fut vérifié après l'accouchement.

Observation 7 Résumée (2)

Utérus globularis bipartitus diagnostiqué au début du travail.

Il s'agit d'une multipare ayant déjà eu trois accouchements antérieurs, dont deux gémellaires. Le travail marchait lentement

(1-2) Tarnier Budin. — L'art des accouchements, op. cit.

on constata la présence d'un vagin simple au fond duquel se trouvait un col largement entr'ouvert, long. Aucune partie fœtale n'était accessible au toucher. En portant le doigt aussi profondément que possible dans la cavité utérine située au-dessus de ce col, on trouvait une tumeur arrondie qui ne présentait aucun caractère distinctif d'une partie fœtale.

En contournant cette tumeur, on finit par trouver vers la gauche, au-dessus et près de l'orifice interne du col, une ouverture qui conduisait directement sur la tête fœtale contenue dans une autre cavité utérine. Il s'agissait d'un utérus cloisonné dont le fœtus occupait la moitié gauche et refoulait la cloison médiane de telle sorte qu'elle faisait saillie du côté vide. En pratiquant le toucher, le doigt pénétrait dans la cavité vide, la droite, et sentait la tête coiffée de la cloison de séparation. L'accouchement se fit spontanément et la femme guérit.

Observation 8 (1)

Utérus cloisonné. — Cloison perforée à sa partie supérieure. Extrémité céphalique au niveau du détroit supérieur avec procubitus d'une main. — Version par manœuvre interne, enfant vivant.

Recueillie par Monsieur le Docteur Lepage, répétiteur
à la Clinique Bandelocque.

Eug. M..., 17 ans brocheuse, née à Paris.

Cette femme a marché à deux ans, elle avait, dit-elle, les jambes en cerceau.

(1) Picot. — Malformations de l'utérus et du vagin au point de vue obstétrical. Thèse de Paris, novembre 1891, p. 49. Cette observation a fait le sujet de la clinique du 27 janvier 1891, par M. le Professeur Pinard, reproduite dans l'Union Médicale, février 1891, p. 429. Rédigée par H. Stapfer.

Elle a été réglée à 15 ans et depuis régulièrement.

Elle est enceinte pour la première fois et elle a eu ses dernières règles le 24 mai 1890.

Elle arrive le 23 décembre 1890 à la clinique Bandelocque, elle a des douleurs depuis plusieurs jours, ces douleurs reviennent tous les quarts d'heure.

Elle a été examinée le matin en ville par une sage-femme qui lui a dit qu'elle ne tarderait pas à accoucher. Cet examen a déterminé l'issue par les organes génitaux d'un liquide purulent qui recouvre encore la vulve au moment de la consultation. A l'arrivée de cette femme, voici ce que l'on constate : l'utérus est très incliné à droite, il mesure 33 centimètres du pubis au fond de l'organe, le ventre est constamment tendu ; pas de partie fœtale engagée dans l'excavation. La tête est en bas avec procubitus d'une main. En explorant l'utérus, on trouve qu'il est distendu dans toute la région gauche de la partie inférieure ; qu'au-dessus de l'ombilic il existe une dépression qui sépare cette partie distendue à gauche du reste de l'organe obliquement dirigé à droite et en haut.

Par le toucher, on trouve que la dilatation est du diamètre d'une pièce de 5 francs et que les membranes bombent. A six heures du soir, on constate que la poche des eaux bombe toujours au niveau de l'orifice dont la dilatation reste la même ; on constate en outre, en portant le doigt dans le cul-de-sac latéral gauche un autre orifice en train de se former et qui présente une dilatation de 5 fr. environ ; mais de ce côté les bords de l'orifice ne sont pas amincis comme ceux du premier dont on avait surveillé la dilatation pendant la journée ; ces deux orifices sont séparés par une cloison verticale de 2 centimètres 1/2 de largeur dont le bord droit concave en dehors forme une partie du premier orifice. On

ne peut, en raison de la tension des membranes, passer le doigt derrière cette cloison pour voir si la poche des eaux est unique. A 9 heures du soir, Monsieur le Professeur Pinard fait donner le chloroforme à cette femme et constate par le toucher manuel :

1° La cloison de séparation est manifeste entre les deux orifices ;

2° Les membranes ne bombent au niveau de ce deuxième orifice qu'à travers cette cloison ;

3° En introduisant le doigt dans ce deuxième orifice on pénètre dans une cavité dont on ne peut atteindre le fond.

A 9 h. 45, du soir, la dilation est un peu plus grande qu'une paume de main. Monsieur Pinard rompt les membranes et saisit le pied gauche qu'il ramène en avant. Il procède avec une lenteur voulue à l'extraction du fœtus qui naît un peu étonné mais qui est ranimée facilement au bout de quelques minutes.

Monsieur Pinard introduit un doigt dans la cavité située à gauche et constate que cette cavité est formée en dehors par la paroi utérine, en dedans par une cloison autéro-postérieure qui, partant du col remonte à dix centimètres dans l'intérieur de l'utérus. Le bord supérieur est en forme de croissant ; il est séparé par un anneau qui part du fond de l'utérus.

Le placenta est extrait artificiellement 35 minutes après l'accouchement ; il pèse 600 grammes ; les membranes sont complètes et mesurent 20/30 centimètres.

Voici les dimensions de l'utérus.

1° Avant l'accouchement :

De la symphyse à l'ombilic, 49 centimètres ;

De l'ombilic au fond de l'utérus, sur la ligne médiane, 9 centimètres ;

De la symphyse au fond de la corne droite, 33 centimètres ;

De la ligne médiane à l'extrémité de la corne gauche, 12 centimètres ;

De l'ombilic à l'extrémité de la corne droite, 17 centimètres.

2^e Après l'accouchement :

De la symphyse au fond de la corne droite, 21 centimètres ;
largeur maxima de la corne droite, 9 centimètres ; largeur
maxima de la corne gauche, 7 centimètres.

Entre les deux cornes, on peut constater un léger sillon peu prononcé.



Pronostic et Traitement des Complications

Comme on peut le voir par les quelques observations qui précèdent, le pronostic dans tous les cas a été favorable pour la mère et pour l'enfant ; nous laissons de côté l'observation III où la mère étant morte on pratiqua la césarienne.

Nous ne croyons pas que les mauvaises présentations soient la règle dans cette variété d'utérus double ; sur 8 observations nous ne constatons en effet qu'une seule présentation du siège ; en tout cas, si pendant la grossesse on a diagnostiqué une mauvaise présentation siège et épaule, la conduite à tenir est la même que lorsque l'on constate ces présentations chez une femme bien conformée, il ne faut pas hésiter à faire la version par manœuvres externes.

Si dans presque tous les cas le pronostic est favorable, il peut ne pas en être toujours ainsi ; la grossesse va le plus souvent sans complication jusqu'à terme, mais comme dans les autres variétés d'utérus double, il peut se faire qu'elle soit entravée dans son cours ; il peut y avoir avortement ou accouchement avant terme si la loge dans laquelle se développe l'œuf n'est pas suffisante pour le contenir ; la rupture utérine n'a pas été signalée dans cette variété mais elle peut aussi se produire.

L'accouchement peut être lent et très irrégulier, quelquefois on sera obligé de le terminer au forceps mais le plus souvent il se fera spontanément ; les interventions du reste avec l'antisepsie ne présentent plus les dangers qu'elles présentaient autrefois.

La cloison utérine peut se rompre et donner lieu à une hémorrhagie peu abondante généralement et si elle est un obstacle à l'accouchement, il ne faut pas hésiter à la sectionner.

S'il existe une cloison vaginale incomplète mettant obstacle à l'accouchement on la sectionnera aussi.

L'insertion du placenta peut se faire au voisinage du col et donner lieu à quelques hémorrhagies, le pronostic dans ce cas sera le même que lorsque l'insertion vicieuse a lieu chez une femme normalement conformée.

Le placenta peut sans être inséré sur le col donner lieu à des hémorrhagies au moment de la délivrance, dans le cas où il est inséré sur la cloison interutérine charnue, musculaire, mais d'une contractilité moins grande que le reste de l'organe.

Il ne faut pas alors hésiter à introduire la main dans les organes génitaux et à faire la délivrance artificielle, comme l'a dit M. le Professeur Pinard dans sa clinique du 27 janvier 1891 : « la délivrance dans une malformation utérine ne doit jamais être confiée à la nature c'est une règle dont le praticien ne doit jamais s'écarter. »

Lorsque le diagnostic d'*uterus globularis bipartitus*

aura été établi pendant la grossesse, à partir du moment où le travail aura débuté, le médecin qui assistera la patiente ne devra sous aucun prétexte la laisser seule même un instant, il devra toujours se tenir prêt à intervenir.



CONCLUSIONS

1° L'uterus globularis bipartitus est un vice de conformation dû à un arrêt de développement pendant la vie intra-utérine et s'explique bien par l'embryologie.

2° Cette malformation ne s'oppose ni à la copulation ni à la menstruation ni à la fécondation.

3° La grossesse simple est possible dans l'une ou l'autre loge, la grossesse double a été observée.

4° La grossesse peut évoluer jusqu'à terme, sans complications ; l'accouchement et la délivrance peuvent se faire spontanément ; néanmoins le pronostic doit toujours être réservé.

5° Le diagnostic pendant la grossesse est difficile à établir et ce n'est souvent qu'après l'accouchement qu'il a pu être posé d'une façon certaine.

6° Il y a hypertrophie de la loge vide et production d'un caduque dans cette loge.

Vu

Le Président de la Thèse,
PINARD.

Vu : Le Doyen,
BROUARDEL.

Vu et permis d'imprimer
Le Vice-Recteur de l'Académie de Paris,
GRÉARD.

INDEX BIBLIOGRAPHIQUE

Le Fort. — Des vices de conformation de l'utérus et du vagin et des moyens d'y remédier. Thèse d'agrégation. Paris 1863.

Dionis. — La matrice extraordinaire 1693.

Geoffroy Saint-Hilaire. — Histoire générale et particulière des anomalies de l'organisme 1833. Mémoires de l'Institut 1834.

Serres. — Annales des sciences naturelles, T. XXI. Mémoires de l'Institut 1835 vol. XI.

Mundini. — Institut de Bologne 1836. T. II.

J. Müller. — Bildungsgeschichte der Genitalien 1830.

Valentin. — Handbuch der Entwicklungsgeschichte des Menschen 1835.

Coste. — Annales françaises et étrangères d'anatomie et de Physiologie.

Bischoff. — Développement de l'homme et des mammifères, traduction française in : Encyclopédie anatomique 1843.

Thiersch. — Bildungsfehler der Harn und Geschlechtsorgane eines Mauriers. Illustrierte med. Zeitung 1852.

Cruveilhier. — Anatomie descriptive 1834.

Lilienfeld. — Beiträge zur Morphologie und Entwicklungsgeschichte der Geschlechtsorgane 1856.

Leuckart. — « Zeugung » in Physiologie de Wagner 1852.

L. Fürst. — Ueber die Bildungshemmungen des uterovaginalcanal's. Monatsschrift f. Geburtsk. 1867.

Dohrn. — Ueber die Muller'schen Gän und die Entwicklung des Uterus. Marbur Gesellschaft, 1869, n° 3, et Monatsschrift f. Geburtsk, t. XXIV.

Lagenbacher. — Beitræge zur Kenntniss der Wolff'schen und Muller'schen Gänge der Säugern. Arch. f. mikr. anat. 1871.

Kussmaul. — Von dem Mangel der Verkummerung und Verdoppelung der Gebärmutter. Wurtzbourg, 1879.

Pouchet et Tourneux. — Histologie et Histogénie.

Kœlliker. — Embryologie, 2^e édition. Traduction Schneider, 1882.

Tourneux et Legay. — Mémoire sur le développement de l'utérus et du vagin envisagé principalement chez le fœtus humain. Journal d'Anatomie et de Physiologie normales et pathologiques, 1884.

Pozzi. — Traité de gynécologie.

Testut. — Traité d'anatomie humaine.

Polaillon. — Annales de Gynécologie, 1877.

Tarnier Chantreuil et Budin. — Traité de l'art des accouchements.

Wurtz. — Des rapports de certaines malformations utérines avec la grossesse et l'accouchement. Thèse d'agrégation, Paris, 1878.

Courty. — Traité pratique des maladies de l'utérus, 1881.

Farges. — Contribution à l'étude de la dystocie dans les cas de malformations utérines. Thèse de Paris, 1881.

Rocher. — Recherches sur la duplicité de l'utérus et du vagin. Thèse de Lyon, 1882.

Sourice. — Etude sur quelques malformations utérines. Thèse de Paris, 1884.

Bourrus. — Formes anormales de l'utérus gravide. Thèse de Bordeaux, 1891.

Picot. — Malformations de l'utérus et du vagin au point de vue obstétricale. Thèse de Paris, 1891.

Gautrelet. — Malformations de l'utérus. Accouchement. Thèse de Paris, 1896.

Squarey. — Obstetric. transaction of London, 1873, t. XIV. Union médicale, février 1891. Clinique de M. le Professeur Pinard rédigée par H. Stapfer.

